

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

N°

THÈSE

283

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PRÉSENTÉE PAR

JEAN AUJAY

né au Poinçonnet (Indre), le 18 juin 1901

Etude sur quelques cas
d'Epididymite
blennorragique suppurée

Président : M. le Professeur LEGUEU

IMPRIMERIE « LABOR »

8, BOULEVARD DE VAUGIRARD, PARIS (XV)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

PRÉSENTÉE PAR
JEAN AUJAY

né au Poinçonnet (Indre), le 18 juin 1901

Etude sur quelques cas
d'Epididymite
blennorragique suppurée

Président : M. le Professeur LEGUEU

IMPRIMERIE « LABOR »
8, BOULEVARD DE VAUGIRARD, PARIS (XV)

LE DOYEN : M. ROGER

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO. ROGER. STROHL. DESGREZ. LEMIERRE. BRUMPT. Marcel LABBE.
Physiologie	N....
Physique médicale	LECENE. ROUSSY. CHAMPY.
Chimie médicale.....	TIFFENEAU. Maurice VILLARET.
Bactériologie	LOEPER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	TANON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BALTHAZARD.
Pathologie médicale	MENTRIER.
Pathologie chirurgicale	RATHERY.
Anatomie pathologique	CARNOT.
Histologie	BESANÇON.
Pharmacologie et matière médicale.....	ACHARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	N....
Thérapeutique	LEREBOULLET.
Hygiène et médecine préventive.....	NOBECOURT.
Médecine légale.....	H. CLAUDE. "
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	GOUGEROT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	GUILLAIN.
Clinique médicale.....	TEISSIER.
Hygiène et clinique de la première enfance....	Léon BERNARD.
Clinique des maladies des enfants.....	DELBET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	HARTMANN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEJARS.
Clinique des maladies du système nerveux....	GOSSET.
Clinique des maladies infectieuses.....	TERRIEN.
Clinique de la Tuberculose.....	LEGUEU.
Clinique chirurgicale.....	COUVELAIRE.
Clinique ophtalmologique	BRINDEAU.
Clinique urologique	JEANNIN.
Clinique d'accouchements	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique médicale	SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SERGENT.
Clinique propédeutique	BRANCA.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIR.
Professeur sans chaire.....	

II. — AGREGES EN EXERCICE

Pathologie médicale.....	MM. ABRAMI.
Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale.....	BASSET.
Pathologie médicale.....	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIERE.
Pathologie chirurgicale.....	BROCQ.
Pathologie médicale.....	BRULE.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHIRAY.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Hygiène	DEBRE.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ECALLE.
Pathologie médicale.....	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.



Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Pathologie chirurgicale.....	LARDENNOIS.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale.....	LHERMITTE.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MATHIEU.
Pharmacologie	MERCIER (Fernand).
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale.....	QUENU.
Physiologie	RICHEL Fils.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SEZARY.
	VALLERY-RADOT
	(Pasteur).
Pathologie médicale.....	VAUDESCAL.
Obstétrique	VELTER.
Ophthalmologie	VERNE.
Histologie	OLIVIER.
Anatomie	

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERRER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

Clinique chirurgicale.....	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale.....	AUVRAY.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique médicale.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique médicale.....	LERI.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	PROUST.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, Pro- fesseur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL NALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551828_0057

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LEGUEU

Professeur de clinique urologique

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital Necker

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

Respectueux hommages.

A MES PARENTS

Bien faible témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A mes sœurs,

A ma belle-sœur,

A mon frère,

A mon beau-frère le Docteur DUNOYER

Qui s'intéressa constamment à l'accomplissement de mes études médicales.

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Docteur PISSAVY

Médecin de l'Hôpital Cochin

Faible témoignage de reconnaissance pour les bienveillants conseils qu'il n'a cessé de me prodiguer durant tout le cours de mes études médicales.

Au Médecin capitaine BERGERET

Médecin Chef du centre vénéorologique
de l'Armée du Rhin

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail : respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur CHEVASSU

Chirurgien de l'Hôpital Cochin

A Monsieur le Docteur ROUILLARD

Médecin de l'Hôpital de Bicêtre

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stage

1921-1922 M. le Professeur ACHARD.

M. le Professeur GOSSET.

1922-1923 M. le Docteur HALLÉ.

M. le Professeur MAUCLAIRE.

1923-1924 M. le Professeur SICARD (*in memoriam*).

M. le Professeur JEANSELME.

Externat

1924-1925 M. le Docteur BAUDET.

1925-1926 M. le Docteur PISSAVY.

M. le Docteur LOUSTE.

1926 M. le Docteur PAISSEAU.

1927 M. le Docteur PAPILLON.

1928 M. le Professeur agrégé MONDOR.

A Messieurs les Docteurs GAMBILLARD, FOUET,
VELTI, FROMENT, AMELINE.

INTRODUCTION

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer au centre de vénéréologie de l'armée du Rhin un cas de suppuration d'épididymite blennorragique. Sur les conseils du médecin capitaine Bergeret, médecin-chef du centre, nous avons recherché dans la littérature médicale les cas semblables. Ils sont rares et les quelques observations que nous allons rapporter montrent que cette éventualité est exceptionnelle étant donné le nombre considérable des complications épididymaires de l'urétrite blennorragique.

Cependant cette suppuration a été constatée et la possibilité de son existence présente un intérêt diagnostique important étant donné la bénignité relative de ce processus suppurant.

Dans plusieurs des cas et dans celui que nous avons observé en particulier, le diagnostic de bacillose a été porté, ce n'est que l'allure très aiguë des phénomènes, la notion étiologique indiscutable, la preuve anatomique et bactériologique qui ont fait le diagnostic et préservé le malade d'une intervention largement mutilante.

Ces quelques considérations étant donné, le peu d'intérêt attaché par la plus part des auteurs à la forme suppurative de l'épididymite blennorragique, nous ont

donné l'idée de ce travail. Nous nous attacherons donc à montrer surtout l'individualité clinique de cette forme d'épididymite gonococcique et nous insisterons tout particulièrement sur sa différenciation avec la forme aiguë de la tuberculose génitale.

Nous ne terminerons pas cette introduction sans exprimer notre gratitude au Docteur Bergeret, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, à M. le Professeur Chevassu, qui a bien voulu nous permettre d'user largement des documents cliniques de son service à l'hôpital Cochin, à M. le Docteur Touraine enfin, qui nous a autorisé à reproduire une observation récente d'épididymite gonococcique suppurée.

HISTORIQUE

Bien que n'ayant fait l'objet, ni d'aucun travail spécial, ni d'aucune recherche approfondie, la suppuration au cours de l'épididymite blennorragique est cependant signalée par le plus grand nombre des auteurs. Quelques-uns en rapportent l'observation, d'autres l'ont soupçonnée, mais n'ont pu l'affirmer.

Tous ne l'admettent pas et ceux-là rejettent sur le compte d'un processus coexistant les cas qu'ils ont pu observer. Nous allons reprendre les différentes idées qui ont été émises sur le sujet en tenant compte et des cas publiés avant la découverte du gonocoque (1878) et de ceux pour lesquels les examens de laboratoire n'ont pu être nettement concluants. Toutefois, nous n'excluerons pas entièrement du cadre des suppurations gonococciques ces cas bactériologiquement douteux, car pour eux le diagnostic fut basé sur une symptomatologie et une évolution nettes.

Astruc, dans son *Traité des maladies vénériennes*, est le premier qui non seulement l'admet mais encore la signale comme fréquente.

Capuron, dans *l'Aphrodisiographie ou tableau de la maladie vénérienne*, dit en propres termes « cette terminaison arrive toutes les fois que la marche de la ma-

ladie est plus prompte que les moyens employés pour la combattre. »

Belle, dans le *Traité de la gonorrhée virulente*, l'a vue se produire une fois sur cinquante environ.

Marc d'Epine, en 1836, ne l'aurait rencontrée qu'une fois sur 29 cas.

Gaussail, dans les *Archives de médecine*, en 1838, rapporte l'observation d'une épididymite survenue pendant l'évolution d'une blennorragie et dont la terminaison se fit par suppuration.

Dans un *Traité des maladies du testicule, cordon et scrotum* paru en 1857, Curling et Gosselin disent, à propos de l'orchite blennorragique: « La suppuration a lieu aussi quelquefois dans l'épididyme, si, par exemple, l'orchite est mal soignée un abcès peut se former dans le tissu cellulaire qui avoisine la queue de cette organe et la portion réfléchie du canal déférent et s'ouvrir à la partie la plus déclive du scrotum. »

Cullerier, dans un *Précis iconographique* 1861, en signale 3 ou 4 cas.

Enfin Velpeau (1 fois sur 1.000), Ricord, Robert, Hardy l'admettent mais la considèrent comme une grande rareté.

Ce n'est qu'un peu plus tard, en 1879, que Mickaniesky attache une plus grande importance à la suppuration de l'épididymite blennorragique. Dans sa thèse sur les « orchites suppurées », il rapporte un cas (Obs. XI) qu'il considère comme d'origine blennorragique, mais il ne peut l'affirmer. D'ailleurs au cours de cet ouvrage, sans nier la possibilité de la terminaison par suppuration de l'orchite blennorragique, il pense que souvent on peut

rapporter cette suppuration à des tubercules méconnus.

Venot en 1880, Bogorken un peu plus tard, Baemisch en 1884 en publient chacun un cas. Polaillon en rapporte deux observations. Eraud, en 1892, publie la première observation (Obs. I) nettement caractérisée et dont la preuve microbiologique a été faite. Nous retrouvons encore de Pizzini, Routier, Witte (Obs. rapportées) des cas indiscutables de cette suppuration et ces auteurs insistent sur la présence du gonocoque et l'absence de toute lésion pouvant faire soupçonner la nature bacillaire du processus.

Laurent, en 1901 (Obs. V), dans le *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, rapporte l'observation d'une suppuration épидидymaire pour laquelle une épидidymectomie totale fut pratiquée. L'examen des pièces anatomiques ne montra que des lésions d'inflammation banale très différentes de celle que provoque le bacille de Koch.

Nous arrivons enfin aux travaux d'Escat, publiés au Congrès d'Urologie de 1903 et dans la thèse d'un de ses élèves (Montpellier, 1906), travaux se rapportant à la nature suppurée des lésions d'épididymite blennorragique.

L'auteur, considérant les nombreuses observations qu'il a faite de collections suppurées au cours de l'épididymite blennorragique, dit qu'il est cependant rare que ces suppurations se propagent vers l'extérieur ; mais les quelques cas qui ont été publiés viennent à l'appui de sa théorie anatomo-pathologique et à l'appui de la thérapeutique qu'il propose ; à savoir, la ponction systéma-

tique de l'épididyme dans les formes un peu graves d'épidymite gonococcique.

En 1910, Charrier, dans un article sur les « abcès dans les épидидymites blennorragiques », reprend les conclusions d'Escat, insiste encore sur la rareté de l'ouverture des abcès à l'extérieur, et termine en conseillant, lui aussi, la ponction préventive.

Plus récemment, Ingram (*Britisch-Medical Journal* 1926), rapporte trois observations de suppuration prises parmi 1.982 cas d'épididymite blennorragique. Au cours de son article, il cite quelques auteurs qui ne mentionnent pas cette complication ou même qui la nient (Reith Fraser). Il insiste également sur la difficulté du diagnostic, et pourtant, dit-il, « il est important de ne pas étiqueter bacillaire une épидидymite blennorragique suppurée ».

Campbell, enfin en 1927, dans une publication statistique groupant 3.000 cas de complications épидидymaires blennorragiques, ne mentionne que 7 ou 8 suppurations et encore toutes ne sont-elles pas purement gonococciques.

Telles sont les diverses publications que nous avons pu relever dans la littérature française et étrangère. Peut-être en existe-t-il d'autres; nous nous excusons auprès de leurs auteurs de ces omissions involontaires. Nous n'avons d'ailleurs voulu, dans cet historique, que montrer la progression des idées émises sur la question et aussi le peu d'intérêt que la plupart des articles attachent à la possibilité de cette suppuration de l'épididymite blennorragique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomo-pathologique, l'épididymite blennorragique suppurée bien que n'étant pas nettement individualisée présente cependant quelques caractères spéciaux qui, au point de vue microscopique, ont été mis en valeur dans une étude d'Andry et Dalous parue en 1901.

Nous allons donc étudier tout d'abord les caractères anatomiques de l'épididymite banale, puis nous verrons les modifications que provoquent la suppuration et l'ouverture au scrotum.

Macroscopiquement, les lésions portent à la fois sur l'épididymite et la partie initiale du canal déférent. Elles sont surtout péri-épididymaires et transforment ces différents organes en un bloc infiltré, phlegmoneux, dont il est difficile de séparer les éléments.

L'épididyme dont ne peut être séparée la portion initiale du canal déférent est énorme, dur, nodulaire. Il masque le testicule contre lequel il est plaqué. Mais cette grosse augmentation de volume est due surtout aux lésions du tissu péri-épididymaire que le processus inflammatoire a envahi.

Si l'on isole de cette gangue phlegmoneuse l'épididyme

lui-même, on constate qu'il est rouge, violacé, parsemé de taches plus foncées, brunâtres.

Sur la surface d'une coupe, on voit plusieurs petits foyers creusés dans un parenchyme jaunâtre, épaissi, lardacé. Ces petits foyers sont remplis d'un liquide puriforme, de couleur blanc opaque, véritables abcès dont le liquide contient des globules de pus, des spermatozoïdes, des débris cellulaires et des gonocoques; ils sont plus ou moins nombreux, plus ou moins volumineux.

La présence de ces abcès a été considérée comme à peu près constante, et Escat, dont nous allons rapporter les propres paroles les a rencontrés à chaque fois qu'il a incisé ou ponctionné l'épididymite blennorragique aiguë.

« L'épididymite blennorragique aiguë, dit-il, est en réalité une inflammation compliquée de rétention septique et aboutissant à l'abcès épидидymaire. La production brusque de liquide septique dans les circonvolutions épидидymaires en produit la torsion et l'étranglement. Il se fait des oblitérations qui limitent ce foyer à tout ou parti de l'épididyme et du canal déférent.

Le syndrome clinique qui accompagne la rétention séro-purulente ou purulente est connu; il n'en est pas de plus typique de la formation du pus. Mais le nodule classique dû à la péri-épидидymite et de consistance dure masque toute fluctuation.

Le foyer ainsi constitué peut se résorber. Il peut aussi se former un gros abcès qui s'ouvre à l'extérieur, mais plus souvent il s'enkyste au milieu d'un gros nodule fibreux où il est méconnu. »

En dehors de ces abcès et de cette infiltration phleg-

moneuse péri-épididymaire, la vaginale, elle aussi, présente des lésions. Soit qu'il s'agisse d'une simple réaction de voisinage avec formation d'hydrocèle banale, soit qu'il s'agisse d'un envahissement septique avec tissus inflammatoires adhérents, ou même d'une véritable suppuration.

Le scrotum lui-même est atteint par l'inflammation, il est épaissi, œdématié, et dans les cas les plus intenses sa face profonde est fixée par des adhérences, elle forme alors avec la vaginale une paroi unique à travers laquelle les fusées purulentes pourront se tracer un trajet direct.

Le testicule est intact, mais souvent l'albuginée est fortement adhérente aux tissus voisins et ce n'est qu'en la déchirant qu'on parvient à libérer la glande.

Si nous examinons le cordon, nous voyons que ses éléments sont également œdématiés, rouges, infiltrés. Cette propagation inflammatoire est quasi constante au cours de l'épididymite aiguë, ainsi qu'en témoignent la douleur vive et le gonflement que l'on observe au niveau du trajet inguinal.

Dans certains cas même, les phénomènes inflammatoires remontent encore plus loin le long du cordon et c'est le tissu sous-péritonéal qui est envahi.

Dans leur évolution normale, ces lésions vont se résorber complètement ou plus souvent il persiste un nodule fibreux qui d'ailleurs peut parfois se retrouver les années après l'extinction des phénomènes aigus.

Lorsque l'épididymite suppure, le bloc fibreux épидидymo-déférentiel se ramollit, les abcès se fondent en un seul qui tend à s'extérioriser. Dans certains cas à évolution particulièrement rapide, l'abcès se vide dans la

vaginale et c'est une volumineuse collection de pus parfaitement fluctuante; plus souvent les adhérences entre le scrotum et la gangue fibreuse sont serrées, le trajet fistuleux est direct. En un point en général peu étendu ou en plusieurs points voisins, la peau du scrotum se nécrose et s'ulcère, une ouverture se produit par où s'écoule le produit de la suppuration.

L'inflammation du tissu cellulaire péri-déférentiel au niveau du cordon se ramollit également et suppure (Obs. IX). Si les adhérences n'ont pas cloisonné l'orifice inguinal, le pus s'écoule librement suivant le trajet du cordon. Si, au contraire, le processus fibreux s'oppose à son évacuation, et se forme un abcès collecté qu'il faut inciser séparément.

On a décrit (FAUCON, 1877) également de véritables phlegmons sous-péritonéaux succédant à l'envahissement du tissu péri-déférentiel au delà du trajet inguinal.

Microscopiquement, le noyau épididymo-déférentiel est essentiellement constitué par une infiltration inflammatoire du tissu conjonctif, les lésions du péri-épididymite étant particulièrement marquées entre l'épididyme et l'origine du canal déférent.

Nous avons vu que ces lésions d'infiltration rentrent surtout dans le cadre des phénomènes phlegmoneux et sont constitués par un œdème septique de la région. En réalité, le phlegmon n'est lui-même qu'un phénomène secondaire, il est fonction de la lymphangite péri et intra-épididymaire.

Sur les coupes, on observe constamment des lymphangites manifestes; les moindres lymphatiques sont bour-

rés de leucocytes poly et mononucléaires. L'infiltration leucocytaire déborde la lumière du conduit et s'étale à une certaine distance, entourant les veines et les artères qui cheminent au contact de ces lymphatiques.

Les lymphatiques ainsi bourrés se rencontrent un peu partout entre l'épididyme et le déférent, entre les tubes épididymaires, contre la paroi du canal.

L'agglomération, en certains points de ces éléments lymphatiques, forment de véritables abcès microscopiques que l'on observe en particulier à la queue de l'épididyme et à l'origine du canal déférent.

En outre, ces lésions de lymphangite qui, comme nous l'avons dit, noient les éléments vasculaires voisins, ne vont pas sans les altérer, et l'on voit souvent se constituer des lésions de péri-artérite et de péri-phlébite.

Au niveau des tubes épididymaires, la musculature légèrement épaissie est entourée d'une auréole de leucocytes qui, parfois, gagnent les interstices de ses éléments constitutifs.

Entre la musculature et l'épithélium existe également une couronne d'éléments leucocytaires.

L'épithélium est modifié dans sa constitution, diminué de hauteur, dépourvu de ses cils vibratils et surtout infiltré et comme injecté de lymphocytes.

Cette infiltration provoque, après desquamation de l'épithélium, une obturation de la lumière du conduit ou si même elle est très intense, une destruction complète du tube. Dans ce dernier cas, on ne retrouve le type tubulaire du tissu que sous forme de couronnes leucocytaires avec quelques fibres lisses.

Au niveau du canal déférent, les traînées de lymphan-

gite parcourent la surface externe du conduit, et dans l'épaisseur de ses parois, on rencontre des lymphatiques bourrés de leucocytes.

L'épithélium est toujours modifié, les hautes cellules ont disparu pour faire place à une ou plusieurs couches de cellules peu élevées, sans cils, présentant çà et là des bourgeons de prolifération.

Dans les cas où la lésion inflammatoire suppure, les lésions sont sensiblement comparables. Chute totale des cils, aplatissement progressif de l'épithélium pouvant se réduire à une rangée de petites cellules cubiques. Pour Andry et Dalous, il n'existerait alors aucune diapedese dans cet épithélium, mais il y aurait érosion progressive de ce tissu; érosion suivie de perforation en certains points.

C'est au niveau du tissu cellulaire péri-épididymaire que se crée la lésion; la lymphangite phlegmoneuse, par suite d'un envahissement rapide et par l'absence d'une prolifération cellulaire fibreuse, se transforme alors en un abcès dont l'évolution normale se poursuit vers les tissus voisins et la paroi scrotale.

Du point de vue bactériologique, nous verrons dans les observations que nous rapportons que, dans un certain nombre de cas, le gonocoque est facilement retrouvé, dans d'autres, au contraire, il n'a pu être mis en évidence. Dans les cas où la présence de gonocoque est indiscutable, il n'existe souvent aucun autre germe.

Et cependant, nombre d'auteurs ont insisté sur la fréquence des associations microbiennes. Pour Lavenant, ces microbes banaux, seuls ou associés aux gonocoques,

seraient les agents de l'inflammation épididymaire. En 183, Eraud et Hugonnencq décrivaient un microbe diplocoque, ressemblant au gonocoque, qu'ils dénomment orchiocoque et qui, pour eux, se rencontrerait également dans l'orchite ourlienne. Plus récemment, le Professeur Jausion insistait sur la fréquence des formes associées, et bien qu'un frottis direct montre rarement la pluralité des germes, le pus retiré par ponction de l'épididyme, donne rarement naissance à une culture pure de gonocoques.

Quoiqu'il en soit, la suppuration de l'épididymite blennorragique, tout en n'étant peut-être pas exclusivement à gonocoques, relève de ce microbe dont, croyons-nous, la virulence, exaltée par une cause indéterminée, provoque l'abcédation de la lymphangite phlegmoneuse.

ETUDE CLINIQUE

Avant d'aborder la symptomatologie même de l'épididymite blennorragique suppurée, nous allons, sans d'ailleurs en tirer des conclusions absolues, donner quelques notions étiologiques que nous ont fourni les observations.

Les 10 cas que nous rapportons portent sur des malades d'âge variant de 20 à 35 ans. Parmi eux, nous en retrouvons 3 seulement dont l'état général était nettement déficient. Les autres, au moment du début de leur orchite ne présentaient aucune manifestation pouvant faire soupçonner une évolution semblable.

5 étaient au cours d'une première atteinte blennorragique, les autres avaient, dans leurs antécédents, une ou plusieurs urétrites aiguës : récurrence ou réinfection. Tous présentaient un écoulement urétral plus ou moins abondant, encore microbien.

Parmi ceux qui avaient déjà eu une urétrite, 3 avaient également présenté une poussée d'épididymite banale résorbée spontanément, avec ou sans noyau résiduel. Dans un cas, le malade avait déjà présenté 2 fois une localisation épидидymaire.

Sur les 10 suppurations, 8 concernaient des épидidymites régulièrement soignées par les moyens habituels : les 2 autres sont survenues très rapidement et le repos avait été la seule thérapeutique appliquée.

1 de ces malades avait eu du vaccin antigonococcique.

2 ont eu des injections intraveineuses de Gonacrine.

Enfin, bien que cela n'intéresse pas directement la lésion gnococcique, il nous faut signaler que 5 de ces malades étaient également porteur d'une syphilis, d'ailleurs régulièrement traitée.

Symptômes.

L'épididymite blennorragique aiguë débute par une sensation de pesanteur douloureuse au niveau du bas-ventre et des bourses. La douleur occupe d'abord la région inguinale, puis descend dans le scrotum. Elle est en quelque sorte à ce moment la manifestation clinique de la lymphangite qui, partie de l'urètre postérieur, gagne progressivement le carrefour épididymo-déférentiel.

A ce moment, on peut constater déjà une augmentation de volume du canal déférent et un léger empatement de la queue de l'épididyme. Parfois même, on perçoit un cordon sensible qui remonte vers le canal inguinal.

Ces phénomènes sont accompagnés d'une température marquée 39-40 ; de quelques frissons.

Cet état ne persiste parfois que quelques heures, et, très rapidement, les symptômes s'accroissent.

La douleur augmente, le gonflement s'accroît ; la queue de l'épididyme, l'origine du canal déférent, le cordon des lymphatiques intermédiaires et le tissu cellulaire environnant, se fusionnent en une masse empatée. Le testicule, coiffé par cette masse dure, est difficilement accessible, car, outre la douleur extrême qui empêche toute

exploration attentive, une lame très tendue d'épanchement vaginal vient souvent effacer les quelques reliefs de ce bloc.

Puis, peu à peu, le caractère phlegmonneux de la lésion apparaît; du tissu cellulaire péri-épididymaire, l'inflammation gagne les bourses et arrive à la peau. Le scrotum est rouge, œdématié, adhérent aux parties profondes et cette infiltration superficielle vient ajouter un nouvel obstacle à l'examen minutieux des parties sous-jacentes.

Les signes généraux sont ceux de tous les phlegmons : fièvre, frissons auxquels se joignent souvent des phénomènes de réaction péritonéale auxquels les lésions des lymphatiques satellites des vaisseaux spermatiques ne sont vraisemblablement pas étrangères.

C'est là le tableau de toute épididymite blennorragique aiguë, et, dans les cas normaux, cette phase dure quelques jours, une semaine au plus; puis on assiste à la disparition des phénomènes généraux, à l'apaisement des douleurs, à l'assouplissement des bourses et à la diminution du gonflement.

Lorsque, au contraire, l'évolution se fait vers la suppuration, on constate vers le dixième jour de l'orchite, une recrudescence des symptômes : nouveau crochet thermique, exacerbation des douleurs qui deviennent lancinantes, frissons, insomnie. Localement, le scrotum est plus rouge, plus œdématié et on perçoit en un point une zone ramollie fluctuante.

A ce niveau, la peau du scrotum entièrement déplissée semble pelliculaire. Entouré d'une couronne d'inflammation encore dure ce point laisse percevoir au

doigt la présence du pus. Peu à peu ce point de ramollissement s'élargit en même temps que l'enveloppe scrotale blanchit, se nécrose et s'ulcère.

La fistule se constitue et, par elle, s'évacue un pus véritable, épais, bien lié, contenant des gonocoques. Cette ouverture qu'elle ait été spontanée ou chirurgicale, est suivie d'une amélioration considérable de l'état général, d'une sédation immédiate des douleurs, et l'on ne peut mieux comparer ces modifications qu'à celle que provoque l'ouverture de toute collection chaude, abcès, panaris, phlegmon.

L'abcès se vide bien, la poche s'affaisse et semble se tarir complètement.

Cependant, si la lésion est abandonnée à elle-même, la fistule va persister encore longtemps, évacuant de temps à autre quelques produits bourbillonneux. Si, au contraire, on pratique un débridement et un large drainage, en quelques jours le processus de cicatrisation s'installe et la guérison est rapidement définitive.

Tel est le tableau que nous avons observé chez notre malade; nous avons vu la guérison survenir 15 jours après l'ouverture chirurgicale et 3 mois après l'intervention persistait seulement la cicatrice scrotale non adhérente aux plans profonds.

D'après les observations que nous avons pu retrouver les modalités cliniques sont parfois différentes. Dans un certain nombre de cas la suppuration est apparue plus précocement et c'est lors du premier examen de l'orchite qu'elle a été constatée; dans d'autres, plus tardivement, 15 ou 20 jours après le début des symptômes.

La symptomatologie peut être moins nette, les phénomènes généraux plus frustes, les lésions locales moins caractéristiques : c'est alors que le diagnostic avec la bacillose présente son maximum de difficultés ; nous verrons que dans certains cas, le laboratoire seul permet la différenciation.

La fistulation peut être plus ou moins rapide ; dans une observation de Routier (Obs. II) on incisa la collection 8 jours après l'apparition de la fluctuation ; dans un des cas rapportés par Ingram (Obs. VI) l'ouverture se fit pendant la nuit qui suivit l'admission du malade à l'hôpital, au deuxième jour de l'orchite.

Enfin, dans quelques cas le processus peut revêtir une allure plus grave encore et de véritables complications peuvent survenir.

C'est ainsi que pour le malade que nous avons observé la propagation du processus de suppuration vers le canal déférent au niveau du canal inguinal fut constatée et s'accompagnait d'une adénite inflammatoire. Au cours de l'intervention, le pus s'écoulait le long du cordon et la pression du trajet inguinal semblait alors vider une nouvelle poche purulente haut située et communicant avec l'abcès scrotal. Il semble que la suppuration après avoir débuté dans le tissu péri-épididymaire gagna de proche en proche et envahit secondairement le tissu péri-déférentiel.

De plus, une quinzaine de jours après l'ouverture et le drainage de ces foyers, un abcès enkysté situé au niveau du pôle supérieur du testicule fit son apparition et fut l'objet d'une nouvelle intervention.

Dans d'autres cas beaucoup plus rares, on a pu observer l'empyème de la vaginale, la suppuration du testicule et la nécrose de cet organe (cas rapporté par Gosselin, orchite ulcéro-gangreneuse). Après l'ouverture de l'abcès, on constate que la brèche scrotale s'agrandit par ulcération extensive. Le testicule est mis à nu et, au niveau d'une tache brunâtre apparue sur l'albuginée, se perfore, se nécrose et s'élimine par lambeaux.

Les accidents péritonéaux enfin sont possibles (phlegmon illiaque et rétro-inguinal) et se manifestent par une tuméfaction douloureuse que l'on sent au-dessus du ligament de Poupart au niveau de l'épine illiaque antérieure. Plus rarement on observe une véritable péritonite

Nous voyons donc par tout ce tableau clinique que tout en restant d'un pronostic peu sévère, la suppuration de l'épididymite blennorragique peut cependant par ses formes compliquées devenir un accident irrémédiable pour le testicule ou ses annexes. En outre, elle crée un terrain de moindre résistance, un milieu tissulaire plus apte à laisser se développer une lésion bacillaire.

DIAGNOSTIC

Nous avons vu dans les chapitres précédents que la suppuration au cours de l'épididymite gonococcique tout en restant une éventualité rare a été cependant observée par de nombreux auteurs. Sa nature blennorragique constitue donc bien un diagnostic qu'il faut savoir poser.

Nous verrons aussi qu'en dehors des cas typiques que nous rapportons, cas dans lesquels le pus contenait du gonocoque, il en est d'autres où malgré l'absence de preuves bactériologiques positives le diagnostic de suppuration d'origine blennorragique fut porté (Ingram, obs. VII et VIII).

Quelles sont donc alors les bases de ce diagnostic ?

En premier lieu, la présence d'un écoulement urétral à gonocoques ou la notion d'un écoulement récent. La nature aiguë des phénomènes inflammatoires au niveau de l'épididyme et surtout leur évolution rapide vers la suppuration.

En second lieu, la tendance rapide à l'assèchement du foyer et la fermeture définitive de la fistulisation.

Au point de vue anatomo-pathologique et bactériologique, la présence du gonocoque et à son défaut l'absence de produits spécifiques, bacillaires en particulier.

C'est, en effet, à la tuberculose épididymo-testiculaire que l'on pense tout d'abord, non point tant à la forme

chronique la plus fréquente, car elle est d'allure beaucoup plus froide et la fistulisation plus tardive, mais à la forme aiguë signalée pour la première fois par Du-play en 1860 sous le nom de phtisie galopante du testicule.

Dans ces cas, le malade en cours de blennorrhagie voit se développer une orchite-épididymite douloureuse, avec épanchement de la vaginale, tuméfaction et rougeur des bourses; l'épididyme est gros, dur, résistant, douloureux à la pression.

Ce cortège de symptômes ne saurait caractériser l'orchite-épididymite tuberculeuse puisqu'il appartient à toutes les manifestations d'origine infectieuse et en particulier à l'orchite blennorrhagique.

Mais l'allure aiguë disparaît vite; après 4 ou 5 jours, les phénomènes s'amendent, la tuméfaction diminue et ce n'est que 20, 25 jours après les accidents qu'un abcès se développe et pointe sous le scrotum.

A son ouverture, on constate la présence d'un pus d'abcès froid, grumeleux, parfois rosé, contenant les éléments de la lésion et prouvant sa nature tuberculeuse.

Les manifestations anatomiques mises à jour par l'intervention sont caractéristiques et l'on relève la présence des granulations élémentaires et des tubercules dont l'étude microscopique relève la nature. Une zone périphérique à éléments embryonnaires, une zone centrale de tubes épaissis et dégénérés parfois, déjà en voie de caséification.

Dans l'épididymite blennorrhagique, ces légions ne sont point retrouvées et c'est par leur absence seule que le diagnostic est posé et l'intervention différée.

Mais il existe encore une autre forme de tuberculose décrite par Poncet au Congrès de chirurgie de Paris en 1912 sous le nom de tuberculose inflammatoire et dans laquelle les lésions sont dépourvues de spécificité anatomique folliculaire. Cette tuberculose dans laquelle le poison bacillaire agirait seul a souvent un début bruyant qui la fait prendre pour une épididymite blennorragique. La nature tuberculeuse n'est alors décelée que par l'inoculation au cobaye, inoculation qui se montre positive avec l'épanchement de la vaginale.

Tel est le diagnostic le plus important qu'il s'agit d'éliminer, le problème, comme nous venons de le voir, est souvent difficile et cela d'autant que la lésion gonococcique sert fréquemment de point d'appel à la localisation bacillaire : on pratiquera alors avec le plus grand soin l'examen général du malade, examen pulmonaire, osseux et génito urinaire complet.

En dehors de cette éventualité, les autres causes de l'épididymite aiguë sont peu fréquentes. Nous avons cependant émis l'hypothèse chez notre malade d'une lésion syphilitique. On a décrit, en effet, au cours de la syphilis secondaire une épididymite à forme aiguë ayant quelque ressemblance avec l'épididymite gonococcique. L'épididyme est infiltré, les enveloppes sont tuméfiées, mais jamais on a vu cette lésion être le siège d'une suppuration, et de plus les accidents regressent très rapidement sous l'influence du traitement antisiphilitique.

Au cours de la période tertiaire, la localisation est plus souvent subaiguë, remarquablement indolente. Elle relève d'ailleurs d'une syphilis grave présentant d'autres manifestations.

Enfin, nous ne ferons que signaler la possibilité de l'épididymite aiguë au cours de diverses infections, telles que la typhoïde, la variole, les oreillons, etc., mais dans ces cas, outre la notion de l'infection causale, la rareté de la suppuration et les renseignements bactériologiques tranchent facilement le diagnostic.

TRAITEMENT

Nous allons voir dans les différentes observations qui vont suivre les différents traitements qui ont été appliqués à la suppuration épидидymaire.

Dans certains cas, aucune intervention n'a été pratiquée et la fistule persiste longtemps avant de se cicatrifier. Dans d'autres, la fistule étant établie un simple curettage provoqua une cicatrisation rapide et complète.

Notre malade fut opéré. Après ouverture large de l'abcès scrotal, un drainage fut établi et 15 jours après la lésion était cicatrisée.

Il semble donc qu'il faille intervenir et intervenir largement, débridement du tissu infiltré péri-épididymaire, curettage de tous les clapiers purulents, drainage large après fermeture partielle du scrotum. Cette méthode permet en outre de constater et l'étendue et la nature des lésions. Elle doit être appliquée aussi précocement que possible, afin d'éviter l'envahissement purulent du testicule, la propagation des fusées purulentes le long du canal inguinal. S'il persiste un ou plusieurs foyers enkystés, ils seront ouvert secondairement.

En présence de lésions trop considérables de l'épidi-

dyme, le problème de l'épididymectomie peut se poser. Elle sera pratiquée seulement dans les cas où la valeur de l'organe semble définitivement compromise.

Enfin préventivement nous conseillons, comme le préconisait Escat, de pratiquer dans les formes particulièrement graves la ponction de l'épididyme. Cette méthode préviendrait la suppuration et éviterait ainsi au malade une évolution particulièrement pénible et nécessairement moins bénigne.

OBSERVATIONS

Les observations que nous allons rapporter ont été recueillies dans les diverses publications que nous avons mentionné dans l'historique de la question.

Nous y ajouterons quelques cas dont l'histoire résumée montrera encore la difficulté du diagnostic et les rapports que cette suppuration gonococcique peut présenter avec le processus tuberculeux.

OBSERVATION I

(ERAUD, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1892.)

R..., âgé de 35 ans, de forte constitution et de santé excellente.

Première blennorrhagie en septembre 1888, compliquée d'épididymite gauche et non guérie. Revu au cours de l'année 1889, il présente une goutte matinale alternativement séro-blanchâtre et séro-gommeuse.

Le 5 août 1891, il revient porteur d'un chancre large du raphé avec pléiade bi-inguinale, un écoulement abondant avec douleur à la miction sans augmentation du nombre des mictions.

Le 25 août, un examen montre le chancre nettement induré et une recrudescence de l'écoulement.

Le 1^{er} septembre, écoulement très abondant, jaune épais, 5 mictions par jour.

Le 17 septembre, à la suite d'un embarras gastrique fébrile, le malade très affaibli présente un état général franchement mauvais; il coule toujours abondamment.

Le 29, il revient avec une orchite gauche (côté déjà atteint une première fois) et l'on constate une tuméfaction inflammatoire douloureuse intéressant la queue de l'épididyme.

Le 8 octobre, l'orchite dépasse en volume celui des orchites ordinaires.

Le 10, la tuméfaction s'est encore accentuée et apparaissent quelques frissons, une élévation marquée de température, un syndrome douloureux plus marqué avec élancements intermittents. Le scrotum est énorme, distendu, empâté; il présente de la fluctuation.

Le 12 octobre, l'ouverture du foyer est menaçante et on pratique une incision.

Le foyer est limité à la vaginale, le testicule bien que gonflé n'est nullement atteint par la suppuration.

Le 27 octobre, la plaie de l'orchite est à peu près guérie; le noyau épididymaire est encore gros mais à peine douloureux.

Le 15 novembre, la plaie est complètement cicatrisée; seul persiste un léger écoulement urétral.

L'examen des produits de la suppuration a montré ceux-ci presque exclusivement composés de leucocytes jeunes avec 3 ou 4 ilots intraglobulaires de gonocoques.

OBSERVATION II

(ROUTIER, *Médecine moderne*, 1895.)

Homme de 35 ans, valet de chambre, sans antécédents suspects; habituellement bien portant.

Première blennorragie ayant débuté il y a trois jours avec écoulement assez intense.

A l'entrée à l'hôpital au 3^e jour de l'urétrite apparente. Bourse rouge, gonflée, très douloureuse et pourtant n'offrant rien d'anormal. Vaginale contenant peu de liquide. Cordon modérément gonflé. Vésicule correspondante ni très gonflée, ni très douloureuse.

On applique un suspensoir au malade; il se lève, mais, après quelques jours sans douleur, il doit vite regagner son lit.

Les jours suivants, la douleur reste vive, le gonflement augmente; fièvre; état général profondément touché, faisant craindre la tuberculose.

Au 10^e jour de l'orchite, apparition d'un abcès au niveau de l'épididyme.

Au 18^e jour, on incise, et le pus contient du gonocoque de Neisser nettement identifié.

L'examen des bourbillons montre des cellules épидидymaires.

OBSERVATION III

(WITTE, *Archiv. für dermat. und Syphilis*, 1899.)

Un homme de 25 ans, robuste, sans antécédents pathologiques, contracte une blennorrhagie en décembre 1898.

Le 15 janvier 1899, cystite, épидидymite gauche; la sécrétion urétrale est abondante; en examinant avec soin le testicule gauche, on trouve ce dernier de la grosseur du poing environ. Au pôle inférieur de l'épididyme, on constate un noyau moins dur, de la grosseur d'une noix.

Le cordon est intact; pas de température.

Sous l'influence du traitement, la cystite guérit rapidement, mais, le 6 février 1899, la tuméfaction du pôle inférieur de l'épididyme augmente de volume, devient fluctuante.

On incise, et cette manœuvre donne issue à du pus sanglant contenant de nombreux gonocoques.

La guérison est rapide et complète.

OBSERVATION IV

(PIZZINI, *Giornale italiano della malattie venera et della pelle*, 1900.)

Jeune homme, 27 ans, taille moyenne, n'ayant dans ses antécédents qu'une fièvre typhoïde à 20 ans.

Vers les premiers mois de novembre 1897, il contracte une urétrite qui évolue d'abord sans symptômes graves et sans troubles subjectifs.

Seulement, vers la fin de la 2^e semaine, le malade accuse une légère strangurie, signe de la propagation du processus à l'urètre postérieur.

A la fin de la 3^e semaine, il commença à pratiquer des injections au permanganate de potasse à 1/6.000 limitées à la seule partie de l'urètre antérieur.

4 jours après apparaît une tuméfaction douloureuse de l'épididyme gauche avec fièvre, malaise général. Le repos au lit, les cataplasmes firent d'abord rétrocéder les phénomènes, mais ceux-ci ayant augmenté, le malade fut recueilli dans une maison de santé de Milan.

Il présentait à ce moment une sécrétion urétrale peu abondante, blanc jaunâtre.

La moitié gauche du scrotum est gonflée, légèrement rouge; à la partie postérieure et inférieure, il présente une tuméfaction grosse comme une noisette, fluctuante, recouverte par une peau rouge infiltrée.

Le testicule est normal, l'épididyme est augmenté de volume, douloureux dans toute son étendue, spécialement à sa base, où il se confond avec la tumeur et lui est adhérent.

L'incision donne issue à un pus jaune verdâtre, dense, crémeux.

L'examen de ce liquide montre de nombreux diplocoques en forme de grains de café, intra et extra cellulaires, à Gram négatif.

Guérison en 2 semaines.

OBSERVATION V

(LAURENT, *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1901.)

X..., 35 ans, sans antécédents pathologiques spéciaux, a présenté à 22 ans une blennorragie compliquée d'épididymite gauche guérie en 3 ou 4 mois.

Depuis, a toujours constaté une goutte matinale pour laquelle on pratiqua des instillations de nitrate d'argent.

A 28 ans, récurrence de l'épididymite. Une incision est pratiquée, elle donne issue à un pus épais et est suivie de guérison en trois semaines.

Un an plus tard, réapparition de l'écoulement, perte de l'appétit, amaigrissement. Le malade se présente à la consultation avec un écoulement à gonocoques que l'on traite par le permanganate. Au bout de quelques jours, l'écoulement se tarit, mais l'épididyme devenant douloureux et gros, le malade entre à l'hôpital.

Le lendemain, le coton garnissant le suspensoir est rempli de pus, l'abcès s'étant vidé pendant la nuit. On pratique alors une épидидymectomie totale, et l'on trouve des lésions limitées à la

tête de l'organe; lésions très différentes des lésions tuberculeuses : petites cavités à parois rouges avec pus jaune, épais. Le testicule est sain, il n'y a pas de vaginalite.

La prostate présente dans les jours suivants un abcès profond avec pus jaune, épais, fétide.

En 15 jours, la guérison est totale.

OBSERVATIONS VI, VII, VIII

(INGRAM, *The British Medical Journal*, 10 avril 1926.)

1° Un marin célibataire de 25 ans fut soigné à la clinique pour la première fois le 17 juillet 1919.

Il avait un écoulement urétral (1^{re} atteinte) contenant des gonocoques, écoulement durant depuis une quinzaine de jours.

Ayant reçu le traitement habituel, il s'en alla quelques jours plus tard et continua à se faire des injections.

Il revint environ un mois après au service de syphiligraphie, où sa gonococcie ne reçut pas de traitement spécial et ne provoqua aucun trouble particulier.

Le 25 septembre, il se présenta porteur d'une épидidymite du côté droit et d'un écoulement urétral contenant encore des gonocoques.

Admis d'urgence à l'hôpital, il fit un abcès scrotal qui s'ouvrit pendant la nuit. L'étalement du pus ainsi évacué montra des gonocoques et aucun autre germe.

La cavité de l'abcès fut légèrement curettée et, le 14 octobre, la lésion étant complètement cicatrisée, le malade sortit de l'hôpital; il ne fut pas revu ultérieurement.

2° Un maître d'hôtel marié, âgé de 28 ans, vint consulter pour la première fois le 21 novembre 1924. Il était porteur d'un écoulement urétral apparu un mois avant; écoulement purulent, gonococcique, qu'il soignait lui-même par quelques injections à la seringue.

Les urines troubles dans un premier verre étaient claires à la fin de la miction.

Il avait, en outre, un épaisissement non douloureux de l'épididyme gauche.

On lui montra à se faire des grands lavages, on lui ordonna une potion à l'Iodure de Potassium, et ce n'est que le 18 janvier 1925 que le malade fut examiné à nouveau.

A cette époque, l'écoulement est insignifiant, mais l'urine contient de nombreux filaments.

L'épididyme gauche est volumineux et douloureux. Le malade est mis au repos, soigné régulièrement, mais, le 9 février 1925, la masse épидидymaire qui avait considérablement augmenté s'ouvrit spontanément.

Le lendemain, la fistule fut agrandie et la cavité légèrement curettée.

Les débris retirés furent examinés au laboratoire, et on n'y trouva ni lésion tuberculeuse, ni microbes pyogènes ordinaires. Quelques cellules contenaient des corps ovoides à Gram négatif ressemblant beaucoup à des gonocoques.

Le 25 février, le malade fut examiné par un spécialiste de tuberculose qui ne lui trouva aucune lésion bacillaire. La réaction à la tuberculine fut négative.

La plaie se cicatrisa rapidement et le malade sortit de l'hôpital.

Revu le 18 mars, il ne présentait plus d'écoulement; ses urines, claires, contenaient encore quelques filaments, dans lesquels on ne trouva que quelques cellules épithéliales, sans aucun microbe.

3° Un laboureur, âgé de 24 ans, vint consulter pour la première fois le 17 juillet 1925. Il avait eu un écoulement urétral datant de 3 jours et apparû 11 jours après la date de la contamination. Le pus examiné montra de nombreux gonocoques.

On lui montra à se faire des injections et on lui fit du vaccin. Il se traita irrégulièrement et, le 17 août, une épидidymite droite se développa. Cette lésion s'améliora rapidement par le traitement ordinaire.

Revu le 10 septembre, on constata que l'écoulement contenait encore des gonocoques.

Le 28 septembre, l'urine était claire, l'écoulement insignifiant. Seul, un épaississement indolore de l'épididyme droit persistait.

Le 22 octobre, le malade revint avec une petite fistule au niveau du pôle inférieur de l'épididyme qui, à ce niveau, adhérerait au scrotum.

Le cordon est augmenté de volume en masse, sans nodules individualisés.

La prostate et les vésicules séminales sont normales.

Le malade entre alors à l'hôpital et l'examen du pus épидidymaire ne montre aucune cellule de lésion bacillaire. L'examen du pus urétral montre encore des gonocoques.

La fistule fut curettée et, le 17 novembre, elle est complètement cicatrisée.

Revu ultérieurement par un spécialiste de tuberculose, aucune lésion ne fut décelée et la réaction à la tuberculine fut négative.

Le 28 décembre, l'examen de l'appareil urinaire, après massage de prostate et exploration du canal, ne montre plus de lésions gonococciques. Il persiste seulement un très petit noyau épididymaire indolore.

OBSERVATION IX

(Inédite).

T. M..., 20 ans, rentre à l'hôpital militaire de Mayence le 24 décembre 1928, atteint d'épididymite droite aiguë.

Antécédents. — 1^{re} blennorragie datant de mai 1928 (8 mois).

A cette époque, le malade est vu 48 heures après le début de l'écoulement (8 jours après le coït suspect).

On commence aussitôt les grands lavages au permanganate à 1/8000. Le traitement est continué jusqu'au début de juillet, date à laquelle il est interrompu pour une raison non médicale.

Il persiste à cette époque une goutte matinale encore microbienne.

Le 9 octobre, le malade rentre à nouveau à l'hôpital pour une syphilis primaire et, pendant son séjour, on reprend le traitement de l'urétrite.

Le 8 novembre, l'examen de l'appareil génito-urinaire ne révèle : pas de rétrécissement, quelques granulations, prostatite droite légère.

On commence les massages de prostate et les massages du canal sur béniqué. Le lendemain, réapparition de l'écoulement avec nombreux gonocoques.

Le 7 décembre, le malade sort avec :

Une très petite goutte matinale amicrobienne;

Prostatite très améliorée;

Persistance de quelques granulations.

On continue les massages sur béniqué trois fois par semaine.

Symptômes. — A l'entrée à l'hôpital, le 24 décembre 1928, le malade se présente avec une épididymite droite apparue depuis 2 jours.

L'examen montre :

Une épididymite droite totale avec réaction vaginale marquée;

Léger degré de déférentite droite;

Au toucher rectal : une prostate normale.

Le malade est mis au traitement :

Pommade gaiacolée;

Gonacrine intraveineuse: 2 cc. 5 le 26-12-28; 5 cc. le 28-12;

5 cc. le 31-12.

Le 2 janvier 1929, augmentation de la fluxion épидidymaire et apparition d'une fluctuation superficielle au niveau de la queue de l'épididyme.

En 24 heures, la peau violette et tendue donne l'impression d'une fistulisation imminente; une ponction au bistouri fin donne issue à un verre de pus louable très légèrement hémorragique avec lambeaux tissulaires sphacelés.

Le 3 janvier, la suppuration s'est poursuivie toute la nuit et cesse le matin. Le malade accuse un grand soulagement.

Le 4 janvier, persistance d'un état fluxionnaire très marqué sur tout le trajet inguinal droit avec douleurs vives à la pression, débordant sur la région sus-pubienne.

Testicule adhérent à la peau.

Adénite crurale inflammatoire.

Au toucher rectal, vésiculite droite très douloureuse.

Mauvais état général.

Le lendemain, le malade est passé dans un service de chirurgie.

Intervention.

Incision scrotale sur la face antérieure.

Testicule partout adhérent qu'il faut décortiquer au bistouri et aux ciseaux si bien que l'albuginée est ouverte en un point.

Issue de pus bien lié venant le long du cordon et en arrière de celui-ci.

Mise en place de 2 drains pour vider la poche abdominale qui évacue une grande quantité de pus quand on presse au-dessus de l'arcade.

Fermeture partielle du scrotum.

L'examen du pus au laboratoire révèle :

« Présence de nombreux gonocoques à l'exclusion de tout autre germe ».

L'examen des tissus sphacelés montre un processus inflammatoire banal sans aucun caractère bacillaire.

Le 23 janvier, ouverture d'un foyer abcédé au niveau du pôle supérieur du testicule droit.

La cicatrisation se fait normalement et le malade revient au service de vénéréologie un mois plus tard pour y reprendre son traitement antisypilitique.

OBSERVATION X

(Service du D^r TOURAINE, Hôpital Broca)

G..., 27 ans, rentre à l'hôpital au mois d'avril 1929 pour épидидymite droite.

Antécédents. — Le malade a contracté une première blennorragie à l'âge de 12 ans et depuis cette époque irrégulièrement soigné par quelques lavages au permanganate, il a présenté de nombreuses récidives et peut-être quelques réinfections. Il accuse ainsi une dizaine de blennorragies aiguës.

A aucun moment ces diverses urétrites ne se sont compliquées d'épididymite.

En 1927, il aurait également présenté un chancre pour lequel il a suivi quelques séries de traitement. Sa sérologie aurait été toujours négative.

Vers le 15 février 1929, un écoulement urétral avec nombreux gonocoques est réapparu, et au bout de 8 jours, à la suite de grands lavages au permanganate il ne persiste qu'une humidité matinale du méat.

Trois jours après l'extinction des manifestations urétrales le malade a ressenti une sensation de pesanteur douloureuse dans le canal inguinal et le testicule droit. Le scrotum augmente légèrement de volume, mais après 3 ou 4 jours de repos tout rentre dans l'ordre.

Le 10 avril, à la suite d'une grosse fatigue, le malade ressent une douleur vive dans le testicule droit et en quelques heures une épидидymite volumineuse apparaît. Le malade entre à l'hôpital.

On constate alors la présence d'une épидидymite gonococcique aiguë dont les symptômes sont peut-être légèrement plus marqués que normalement. La température est à 38,5, les symptômes douloureux sont très accusés, l'épididyme est volumineux, le testicule semble normal mais il est difficilement accessible en raison de la réaction vaginale et de l'empâtement péri-épидидymaire.

Le malade est mis au traitement ordinaire et on pratique une série d'injections intraveineuses de Gonacrine (10 piqûres à doses croissantes aboutissant à 8 cm.).

Les symptômes ne s'amendent pas et deux jours après, succédant à une recrudescence des phénomènes fluxionnaires, deux points de fluctuation nette apparaissent sur la face antérieure du scrotum.

On ponctionne ces deux points au bistouri et un pus jaune

verdâtre s'écoule. Une fistule s'établit pour chaque point, le long du raphé médian.

L'examen du pus au laboratoire montre un processus de suppuration banale. Leucocytes avec nombreux diplocoques au grain de café à Gram négatif. On trouve également quelques diplocoques Gram positif, mais aucun indice de lésion tuberculeuse.

OBSERVATION XI (résumée)

(MICKANIESKY. Thèse Paris 1879.)

Un homme âgé de 23 ans rentre à l'hôpital pour tumeur des bourses 3 ans après un chancre et une blennorrhagie. Un abcès se collecte et ouvert donne issue à un liquide jaune purulent.

La suppuration persistant, on incise et l'on découvre une albuginée envahie avec de nombreux bourgeons charnus : guérison en 1 mois.

L'auteur dans sa thèse rapporte cette suppuration à un processus blennorrhagique, mais ne peut le prouver.

OBSERVATIONS XII, XIII, XIV (résumées)

Ces observations ont été relevées par nous dans le service du Professeur Chevassu et bien que le laboratoire n'ait pas démontré d'une façon absolue la nature gonococcique du processus, l'allure clinique et l'évolution de ces 3 cas peuvent cependant faire présumer de cette origine.

1° M..., 21 ans, entre à l'hôpital pour une tuméfaction scrotale avec abcès survenue 4 mois après une urétrite blennorrhagique mal soignée.

La ponction de l'abcès ramène un pus épais, jaunâtre dans lequel on trouve des polynucléaires dégénérés, sans aucune flore microbienne et en particulier sans bacilles de Koch.

Une fistule se produit, mais après l'élimination de quelques débris sphacelés, elle se referme spontanément et la guérison survient rapidement.

2° M..., 42 ans, rentre à l'hôpital pour une orchite.

Blennorrhagie ancienne avec goutte persistante à gonocoques.

Quelques jours après l'entrée, un abcès scrotal se produit et rapidement se fistulise.

L'examen du pus montre la présence de mucus et de polynucléaires, l'absence complète de débris bacillaires.

Le malade n'est pas opéré, la fistule se referme spontanément et seule reste autour de son siège une zone cartonnée adhérente au testicule.

3° A..., 22 ans.

Blennorrhagie datant de 5 mois; le malade entre à l'hôpital pour une orchite avec phénomènes généraux marqués : fièvre, frissons, malaises généraux.

Localement douleur, rougeur, chaleur, augmentation de volume des bourses.

Au bout de quelques jours l'empâtement s'étend, la fluctuation apparaît et une fistule s'établit.

Dans le pus on ne trouve pas de bacilles tuberculeux. La goutte urétrale contient encore un grand nombre de gonocoques.

La fistule se referme spontanément et la guérison survient rapidement.

CONCLUSIONS

1° La nature gonococcique d'une suppuration scrotale est une éventualité qu'il faut envisager au cours d'une épididymite blennorragique aiguë.

2° Cette notion ne contredit nullement la possibilité d'une bacillose concomittante, mais celle-ci doit faire sa preuve bactériologique ou anotomo-clinique.

3° Cette suppuration gonococcique tout en étant un phénomène grave reste d'un pronostic favorable, les lésions ayant tendance à une cicatrisation rapide et définitive.

4° Grâce à une intervention précoce et un drainage large, on évite au malade une phase particulièrement douloureuse et durable.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

Le Président de la thèse,
LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris;
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALMEVIST. — Un cas de phlegmon blennorragique (*Semaine médicale*, 1899).
- ANDRY. — Précis des maladies blennorragiques. Paris, 1893.
- ANDRY et DALOUS. — Lésions histologiques de l'épididymite blennorragique. (*Annales de dermat. et syphiligraphie*, 1903, p. 196.)
- D'ARLHAC. — Thèse Lyon, 1892.
- BACHELOT. — De l'Orchite blennorragique aiguë. Thèse Paris, 1859.
- BAERMANN. — *Deutsche medical Woche*, N° 4, décembre 1903, p. 720.
- BAZET. — Traitement de l'épididymite blennorragique par l'épididymectomie (*Annales des Organes génito-urinaires*, 15 avril 1906, p. 592).
- BOURGES. — Thèse Toulouse, 1898-1899.
- CAMPBELL. — 3.000 Cas d'épididymite blennorragique (*Annals of. Surgery Philadelphie*, oct. 1927, p. 777).
- CHARRIER. — Abscess dans l'épididymite blennorragique (*Province médicale*, 1^{er} janvier 1910).
- CLUGNET. — Thèse Paris, 1898.
- CROZ. — Epididymite gonococcique (*Semaine médicale*, 1897).
- DE CHRISTMAS. — *Presse médicale*, 22 sept. 1897.
- DELAPORTE. — Orchite blennorragique aiguë. Thèse Paris, 1866.
- DELBET et CHEVASSU. — *Revue de chirurgie*, 1908, p. 628.
- DUPLAY. — *Union médicale*, 1860, 2^e série.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*.
- ERAUD. — 1 Cas d'orchi-épididymite suppurée (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1892).
- ERAUD et HUGONNENQ. — *Annales de dermatologie*, 1893.

- ESCAT. — Notes sur l'épididymite blennorragique, traitement de certaines formes graves. (Congrès d'Urologie, 1903.)
— Congrès d'Urologie, 1906.
- FAUCON. — Sur la péritonite et le phlegmon sous-péritonéal d'origine blennorragique. (*Archives de médecine*, oct. et nov. 1877).
- FINGER. — La Blennorragie et ses complications. (Chez Alcan, Paris, 1894.)
- GAUSSAIL. — *Archives générales de Médecine*, tome XXVII, p. 199.
- GUYON et JANET. — *Annales des Maladies génito-urinaires*, 1899, p. 462.
- HARRISSON. — *Diagnosis and treatment of venereal diseases*. London, 1919.
- HARTMANN, LECENE, ESMONET. — Travaux anatomo-cliniques.
- HOUSSIAU. — De l'épididymite blennorragique et son traitement opératoire. (*Annales de la polyclinique centrale de Bruxelles*, avril 1907, p. 117.)
- ILJINSKY. — Anatomie pathologique, histologie, pathogénie de l'Epididymite blennorragique (*Zeitschrift für Urologie und Chirurgie*. Berlin, 7 mars 1927, T. XVII, N^{os} 3 et 4, p. 213).
- INGRAM. — Epididymite gonococcique suppurée (*The British medical journal*, 10 avril 1926, p. 653).
- JAUSION. — *Presse médicale*, 20 nov. 1926, p. 1457.
- JOUBE. — Thèse Montpellier, 1905-1906.
- KENNET WALCKER. — *British journal of venereal diseases*, Vol. I, N^o 2.
- LAURENT. — Epididymite suppurée (*Journal des Maladies cutanées et syphilitiques*, 1901).
— Les Abscesses par rétention septique dans les orchio-épididymites gonococciques. Thèse Bordeaux, 1909.
- LAVENANT. — Epididymo-vaginalite gonococcique. (*Journal d'Urologie*, 1921.)
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.
- LUIJS. — *Text book of gonorrhœa* (Fæsters translation).
- MACAIGNE et VAN VERTS. — *Annales des maladies génito-urinaires*, 1896.

- MALHERBE. — Orchite suppurée (*Gazette médicale de Nantes*, 22 oct. 1910).
- MARCÉ. — *Gazette des hôpitaux*, 1854.
- MICKANIESKY. — Terminaison de l'orchite par suppuration. Thèse Paris, 1879. —
- OLIVIER. — Thèse Paris, 1903.
- RECLUS. — Thèse Paris, 1876.
- REITH FRASER. — *Gonorrhéa*, 1923.
- ROLNICK. — Mécanisme de l'épididymite. (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, Chicago, juillet 1925.)
- ROUTIER. — Orchi-épididymite blennorragique suppurée (*Médecine Moderne*, juillet 1895).
- SORRENTINO. — Recherches cliniques et anatomiques sur deux cas d'orchi-épididymite blennorragique (*Giornale Italiano della Malattie venera*, 1904, p. 400).
- THOMPSON. — *Gonorrhéa*. London, 1923.
- TORILLON. — *Société anatomique*, 1880.
- *Progrès médical*, 1880, p. 240.
- *Société anatomique*, 1882, p. 462-570.
- TORILLON et MALASSEZ. — *Société anatomique*, 1880, p. 738.
- VENOT. — Absès enkysté de la vaginale au cours de l'orchite blennorragique (*Gazette médicale de Bordeaux*, 1880, p. 400).
- ZAPATA. — Epanchement de la tunique vaginale dans les orchites blennorragiques. Thèse Paris, 1874.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
HISTORIQUE	15
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	19
ETUDE CLINIQUE	26
<i>Symptômes</i>	27
DIAGNOSTIC	32
TRAITEMENT	35
OBSERVATIONS.	37
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	51

